

TESIS  
970

**TESIS DE LICENCIATURA EN  
MUSICOTERAPIA**

**UN ANÁLISIS  
MUSICOTERAPÉUTICO DE LA  
PROSODIA DE LA VOZ HABLADA**

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

**AUTORA: TRINIDAD SEOANE-CABRAL**

**TUTOR DE TESIS: DIEGO SCHAPIRA**

**UNIVERSIDAD DEL SALVADOR  
CÁTEDRA: SEMINARIO DE LA INVESTIGACIÓN  
BLANCA RIZZO  
ALBERTO SUSCO  
GABRIELA WAGNER**



**OCTUBRE DE 2003**

Lic. Gabriela Wagner  
Musicoterapeuta  
Registro N° 4631-77

A mis padres.  
En la distancia me reconocí en ustedes.  
Soy. Por eso y por lo que aún no soy pero seré,  
Gracias...



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Prefacio.....	4
I. INTRODUCCIÓN	
I. I. Planteamiento del problema.....	5
I. II. Objetivos de la investigación.....	6
I. III. Definiciones operacionales.....	9
II. MARCO TEÓRICO	
II. I. Musicoterapia.....	18
II. II. Esquizofrenia.....	18
II. III. Trastorno distímico.....	37
II. IV. Fisiología de la voz.....	43
II. V. Aspectos de la comunicación.....	50
III. METODOLOGÍA.....	54
IV. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	69
V. RESULTADOS.....	73
VI. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	87
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	93
Anexos.....	96

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## AGRADECIMIENTOS (por orden alfabético):

Silvia Bustos, Daniel Gerbiño, María Laura Lardani, Edith Lecourt, Julieta Ontivero, María Fernanda Panciroli, Agustina Pérez Aranáz, Valeria Poidebard, María Soledad Ríos, Blanca Rizzo, Emiliano Robles, Viviana Sánchez, Quintino Sborlini, Diego Schapira, Gabriela Wagner y a todas las personas que permitieron ser grabadas para la realización de esta investigación.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR



## PREFACIO

La siguiente investigación es una investigación básica. Una investigación básica tiene como tarea instaurar un tema que luego sirva a futuras investigaciones. Si bien dicho trabajo requiere de una hipótesis sensible de ser demostrada, no se dedicará a los caminos que podrían seguirse una vez demostrada la hipótesis.

El estudio se centra en un análisis musicoterapéutico de las voces habladas de distintos grupos de individuos. Para esto se toman como muestra dos grupos. Por un lado el grupo de estudio, y por otro el grupo control. Dentro del grupo de estudio se encuentran los pacientes esquizofrénicos, conformando un grupo, y los pacientes depresivos (trastorno distímico), otro. Y dentro del grupo control se encuentran lo que llamamos en este trabajo personas sin patología descripta (s.p.d.). Este trabajo de investigación es contenido dentro del campo musicoterapéutico, puesto que el habla es analizada desde los parámetros musicales que contribuyen en un cincuenta por ciento a su inteligibilidad. A partir del análisis musical de una muestra (grupos de estudio y grupo control) se establecen características musicales comunes entre los individuos pertenecientes a un mismo grupo. Dichas características se fundamentan bajo el minucioso análisis de los rasgos prosódicos. Aquello que se tiene en cuenta para el análisis es el ritmo, el acento y la entonación. Dentro de cada uno de los rasgos prosódicos se analizan distintos parámetros musicales desde un enfoque de análisis musicoterapéutico tal como se explicó con anterioridad. Una vez realizado el análisis se exponen los resultados del mismo y las conclusiones.

Para la realización del análisis se utilizan programas de edición sonora computarizada que permiten medir los indicadores seleccionados, como por ejemplo el ritmo considerado como variaciones que sufre la duración de la sonoridad y los silencios, y su periodicidad. Los indicadores serán desarrollados más adelante al desarrollar las definiciones operacionales derivadas de la hipótesis propuesta en la página 9. Los programas utilizados son:

- Sound Forge
- Wavelab
- Melodyne
- Sonar

## I. INTRODUCCIÓN

### I. I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preocupación central al comenzar con el desarrollo de esta investigación residió en un tema específico: la voz hablada en la sesión de musicoterapia.

En Musicoterapia es muy frecuente escuchar cuánto valor se le otorga al significado de las palabras que pueda emplear el paciente y rara vez se hace hincapié en cómo es la prosodia de las mismas. Generalmente la atención que se le presta a la voz hablada es más bien intuitiva, pero no se suelen reconocer precisamente los elementos musicales que ella contiene, y que la componen en gran medida.

Tras varias entrevistas con distintos profesionales de la salud, se pudo comprobar que la problemática de la voz no está contemplada desde su carácter musical. Más adelante se hablará de aquellas definiciones de voces ya existentes que en ningún momento están evaluadas desde sus rasgos suprasegmentales (prosodia).

La voz hablada donde interviene la prosodia, que a su vez está compuesta por parámetros musicales sensibles de ser medidos, no es tomada en cuenta en la sesión de musicoterapia como otra forma musical presente en la misma.

La pregunta fue: ¿por qué no se considera que el análisis musicoterapéutico de la prosodia de la voz hablada puede aportar información a la comprensión de la problemática de una persona?

A partir de este trabajo, de esta investigación básica, podrían recorrerse varios caminos diferentes. De los resultados obtenidos podrían efectuarse nuevas investigaciones que contemplasen distintas ideas y profundizaran en ellas. A partir del conocimiento de características musicales comunes en la prosodia de determinadas patologías quisiera mencionar sólo algunos de los caminos que podrían seguirse si bien no pertenecen a esta investigación:

- Utilización del método de análisis en las intervenciones verbales del musicoterapeuta y a partir de ahí establecer posibles relaciones con las producciones del paciente, con el objeto de estudiar aspectos mensurables de los procesos contratransferenciales.
- Construcción de nuevas herramientas de diagnóstico.
- Aplicación del método de análisis en producciones vocales no verbales e instrumentales en busca de correspondencias posibles o no.

- Aprovechamiento de la metodología propuesta en facilitar el proceso de autorreconocimiento de la voz hablada de los pacientes.
- Formulación de intervenciones verbales.

## **I. II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Objetivos de la investigación:

- Aportar una metodología de evaluación musicoterapéutica de la voz hablada.
- Comprobar la validez de la metodología propuesta observando las variaciones existentes entre distintos grupos (grupos de estudio y grupo control)

Es cierto que en la producción de la voz hablada intervienen varios mecanismos fisiológicos (encontramos aquí el Aparato Fonador, el Aparato Respiratorio y el Sistema Nervioso Central). Si se enfocara la temática de la producción de la voz hablada desde una perspectiva netamente fisiológica correspondería entonces a otros profesionales abarcar dicho campo. Pero si nos centráramos en la prosodia del habla (acento, ritmo y entonación) pudiéndola evaluar desde parámetros musicales (ligada también a lo fisiológico), podríamos entonces incluirla como interés dentro de la musicoterapia.

Si la musicoterapia evalúa y trata al sujeto desde su producción musical, ¿por qué olvidarnos de la voz hablada que también forma parte de la globalidad musical de un individuo?. Smeijsters dice “los procesos musicales son análogos a los procesos psíquicos”<sup>1</sup>, partiendo de esto, considerando que el habla, en un alto porcentaje puede considerarse como un proceso factible de ser escuchado y/o producido musicalmente, los aspectos prosódicos del habla serían entonces análogos a los procesos psíquicos. Es decir, la manera en que un individuo está constituido psíquicamente será traducida en sus modos comunicacionales verbales.

La investigación se centrará, dentro de los modos comunicacionales verbales, en cómo son dichas las palabras. Cómo son dichas las palabras desde un aspecto puramente musical donde el significado de las palabras no sea la preocupación primordial. Pienso que las voces habladas deberían tener un lugar importante a la hora de evaluar la conducta de un paciente. Son pocos los musicoterapeutas que hacen alusión a la musicalidad que encierran las palabras incluyéndola en la visión general que tienen del

paciente. “Escuchamos la voz, pero también escuchamos lo que vuela en la voz. Escuchamos lo que se dice. Escuchamos lo que suena.”<sup>2</sup> “Desde el saludo inicial hasta el golpe de la puerta que se cierra cuando el paciente se va, todo sonido es material significativo. Dice la voz del paciente, y dice la voz del musicoterapeuta (...) En el espacio musicoterapéutico, todo lo que suena, dice”. “... aún en la palabra la escucha musicoterapéutica es diferente de la escucha psicológica o de la escucha psiquiátrica. Hay un decir de lo verbal y hay un decir de los componentes sonoros del lenguaje verbal”<sup>3</sup> Lisa Sokolov<sup>4</sup>, dice: “Durante la entrevista inicial el terapeuta observa y escucha la voz del cliente<sup>5</sup>, cómo ésta se ubica en el cuerpo y varía en determinados temas, dónde es sostenida, liberada y apoyada, su rango de fluidez, etcétera.”<sup>6</sup>

Volviendo al concepto de Smeijsters, no es exclusividad de esta investigación entender por qué se repiten determinadas características musicales en el habla de un sujeto. Es decir, cómo está estructurado el aparato psíquico de un individuo para que su voz suene de una manera en particular. Simplemente me limito a aportar una metodología de evaluación musicoterapéutica de la voz hablada que compruebe su validez observando las características musicales comunes existentes en la prosodia de la voz hablada de los depresivos, de los esquizofrénicos y de los s. p. d. (sin patología descripta). Si bien, sería muy interesante investigar también qué sucede en la psiquis de una persona para que su voz suene de esa manera, sería extendernos en otra investigación y olvidaríamos el verdadero sentido de este trabajo. Pero no por esto quisiera olvidar el concepto de Smeijsters que menciona la analogía entre procesos psíquicos y procesos musicales.

Originariamente enfoqué la problemática del trabajo desde dos perspectivas distintas.

En primer lugar partí de la siguiente hipótesis tentativa: “La prosodia de la voz hablada del terapeuta afecta a la estructura psíquica del paciente”. Me interesé en cómo

---

<sup>1</sup> SMEIJSTERS, Johannes: Bases de la musicoterapia, 1999.

<sup>2</sup> SCHAPIRA, Diego: Musicoterapia facetas de lo inefable, Río de Janeiro, Enclivros, 2002 (pág. 109, 110)

<sup>3</sup> Ibidem, págs. 156, 157

<sup>4</sup> Terapia de Improvisación Vocal.

<sup>5</sup> Cliente: “término anglosajón referido a la persona a la que se provee un servicio, en este caso terapéutico. Dentro de esta concepción, el término paciente es impropio ya que establecería una relación dependiente. El término cliente potencia las posibilidades de elección y decisión independiente de las personas” (Marcos Vidret)

<sup>6</sup> BRUSCIA, Kenneth, Improvisational methods of Music therapy, Springfield, Illinois, EE.UU., Charles Thomas Publisher. (págs. 353-359)



la voz del terapeuta puede influir en la psiquis del paciente a partir de la prosodia de su discurso hablado. Realizar dicha investigación hubiera requerido un trabajo de campo donde yo misma hubiese podido efectuar un análisis en la evolución de pacientes a mi cargo, cómo mi voz como musicoterapeuta afecta la estructuración psíquica del paciente, cuán imprescindible puede ser tener un registro de la autopercepción de la propia voz y en consecuencia un dominio de la misma para un buen desempeño en el tratamiento de un paciente. La alternativa era trabajar en base a grabaciones de sesiones de musicoterapeutas, donde se registraran sus comentarios e intervenciones verbales, situación que inevitablemente generaría una modificación en el encuadre, hecho que de por sí generaría una influencia en el estado del paciente anulando la posibilidad de registrar la incidencia de la voz hablada del musicoterapeuta. Deseché entonces esta hipótesis por motivos absolutamente prácticos, sin embargo la tengo en cuenta para un próximo trabajo de investigación.

En segundo lugar, y fue esta idea por la cual me definí, me interesó registrar a través de la implementación de una metodología de análisis musicoterapéutico, la forma en que varía la prosodia de la voz hablada en pacientes con distintos diagnósticos en salud mental. El campo de salud mental es muy amplio en cuanto a las patologías, por lo cual creí necesario acotarlo a un par de patologías a ser analizadas. La elección de dichas patologías, psicosis (específicamente esquizofrenia) y depresión (específicamente trastorno distímico), dependió de la posibilidad que tuve de realizar grabaciones de las voces habladas de los pacientes. Para poder efectuar dicho registro necesité de la colaboración de profesionales de la salud quienes me brindaron la posibilidad de grabar a sus pacientes. Dicho material debió contemplar varias variables que luego serán mencionadas.

La hipótesis fue variando a lo largo del proceso de acuerdo a las dificultades que iban surgiendo. En primer lugar mis hipótesis eran dos dado que yo quería contener en un mismo trabajo cómo afecta la voz del terapeuta a la psiquis del paciente y, al mismo tiempo, cuán importante es la prosodia de la voz hablada del paciente. Tuve que reducir el trabajo a una sola de estas hipótesis, la segunda, por lo explicado anteriormente.

Las hipótesis que antecedieron a la hipótesis final fueron dos: "La prosodia de la voz hablada del paciente formaría parte del diagnóstico que el Musicoterapeuta pueda establecer", "El análisis de los aspectos prosódicos de la voz hablada de la persona permite valorar cuantitativamente aspectos cualitativos que hacen al diagnóstico en

salud mental". En un principio creí que lo mejor, a partir de establecer características musicales comunes en la prosodia, sería realizar test donde se contemplase la posibilidad de colaborar con el diagnóstico médico general del paciente. Surgió entonces un primer y determinante problema para la elaboración de un único test que favoreciese al diagnóstico del paciente: la pertenencia a un mismo grupo sociolingüístico. Fue entonces desechada la idea de establecer un test, por lo cual fueron descartadas las dos hipótesis recientemente mencionadas donde la intención residía en colaborar con el diagnóstico, ya sea musicoterapéutico o médico general.. Pero se continuó con la idea de investigar acerca de la voz hablada, sólo que era difícil encontrar la utilidad justa para musicoterapia. Llegó entonces la elaboración de la hipótesis final: "El análisis musicoterapéutico de la prosodia de la voz hablada aporta información a la comprensión de la problemática de una persona". Dicha hipótesis fue formulada en razón de aquello que estaba a mi alcance investigar. La idea fue realizar una investigación donde se pudiera aportar una metodología de evaluación musicoterapéutica de los parámetros musicales de los rasgos prosódicos y comprobar su validez observando las características musicales comunes en la voz de los esquizofrénicos por un lado, y de los depresivos por otro. Es necesario aclarar que para poder establecer dichas características, necesité antes, poder determinar características "sanas" de las voces de los individuos sin patología específica descripta dentro del campo de salud mental (s. p. d., grupo control)

### **I. III. DEFINICIONES OPERACIONALES**

Partiendo de la hipótesis que intenta demostrar este trabajo procedo entonces a definir los conceptos que la misma contiene.

Hipótesis: "El análisis musicoterapéutico de la prosodia de la voz hablada aporta información a la comprensión de la problemática de una persona"

Musicoterapia:

"Es el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un Musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar y promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objetivo de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

Análisis musicoterapéutico implica el análisis de los parámetros musicales implícitos en la prosodia. Fueron seleccionados los siguientes parámetros musicales dentro de la prosodia:

Indicadores:

- En cuanto al ritmo:

Al hablar de ritmo desde lo musical hablamos de las variaciones que sufre la duración de la sonoridad y los silencios, y su periodicidad.

La temporalidad de la duración se encuentra representada en las partituras a través de las figuras musicales y los silencios musicales.

Indicadores:

- Figuras: duración representada por blancas, negras, corcheas, semicorcheas.
- Silencios: ausencia de producción sonora representada en forma gráfica por redondas, blancas, negras, corcheas y semicorcheas.<sup>9</sup>
- Patrones rítmicos: "secuencia de esquemas rítmicos predominantemente de dos tiempos"

Los compases no se corresponden con el discurso verbal debido a problemas de alcance tecnológico y por lo tanto no son considerados en este trabajo.

<sup>7</sup> Definición de Musicoterapia de la World Federation of Music Therapy – (Aprobada en el Congreso Mundial de Hamburgo, Alemania, 1996)

<sup>8</sup> Nota: En el caso de esta investigación, los programas editores de audio trabajan utilizando como referente el parámetro de alturas tonales. Por lo cual al referirnos a voces habladas debemos tener en cuenta que las alturas tonales son aproximadas y no exactas.

<sup>9</sup> Nota: En las grabaciones realizadas no existe el silencio absoluto debido a que las grabaciones no fueron realizadas en estudio y filtran el sonido de la cinta del cassette.

En cuanto al acento:

Desde lo musical se define acento como un sonido más intenso que puede marcar o no el inicio de un compás. En el caso de esta investigación se lo define como “incremento de la intensidad de un sonido”. Pero en la práctica a veces es percibido sin que necesariamente haya un incremento de la intensidad. A partir de esto se puede decir que acento es el enlace de un acontecimiento, en este caso sonoro. Ese enlace se produce generalmente por un cambio en algún aspecto del estímulo fonógeno (intensidad, duración, espectro, frecuencia, etcetera), o simplemente por inducción en la percepción originándose distintos tipos de acentos según el aspecto que se modifique. Los correlatos acústicos del acento son cuatro:

- 1- variaciones de la intensidad
- 2- variaciones de la frecuencia fundamental
- 3- variaciones de duración
- 4- variaciones de patrón de formantes

Indicador:

-Rango dinámico: fluctuación de las intensidades. Acústicamente el correlato de la intensidad es la amplitud.

En cuanto al tempo:

Se entiende por tempo al grado de presteza o lentitud que se le da al compás.

Indicador:

- Densidad cronométrica: configuración de producción sonora por unidad de tiempo, en este trabajo, 10''. Como producción sonora se encuentran las palabras y las sílabas, y como ausencias de producción sonora los silencios. Se establecen gráficos con cantidad de sílabas y palabras cada 10'' por un lado, y por otro, porcentajes de habla y del silencio. La densidad cronométrica se encuentra vinculada al tempo interno de cada persona.

La prosodia es también denominada como rasgos o características suprasegmentales del habla, suprasegmentos, o rasgos o aspectos prosódicos. La inteligibilidad del habla está determinada en un cincuenta por ciento por los rasgos segmentales (grupo fónico, sirremas, signos, morfema –unidad mínima con significado

lingüístico-, sílaba, fonema –unidad mínima sin significado lingüístico-) y en otro cincuenta por ciento por rasgos prosódicos (acento, ritmo y entonación). Las señales prosódicas son polisémicas y vehiculan informaciones tanto paralingüísticas como propiamente lingüísticas, esenciales en la comprensión del enunciado y su interpretación pragmática.

En las grabaciones realizadas de las voces habladas de los pacientes fueron tomados en cuenta los rasgos prosódicos, a saber:

- Acento: generalmente se lo define como “incremento de la intensidad de un sonido”. Pero en la práctica a veces es percibido sin que necesariamente haya un incremento de la intensidad. A partir de esto se puede decir que acento es el enlace de un acontecimiento, en este caso sonoro. Ese enlace se produce generalmente por un cambio en algún aspecto del estímulo fonógeno (intensidad, duración, espectro, frecuencia, etcetera), o simplemente por inducción en la percepción originándose distintos tipos de acentos según el aspecto que se modifique. Los correlatos acústicos del acento son cuatro:

- 1- variaciones de la intensidad
- 2- variaciones de la frecuencia fundamental
- 3- variaciones de duración
- 4- variaciones de patrón de formantes

- Entonación: “variaciones de la frecuencia fundamental”

“Uno comienza a hablar y va subiendo la frecuencia de la voz hasta un punto que habitualmente es la primera palabra acentuada. Después mantiene la frecuencia fundamental en un tiempo determinado. Y luego al final, la frecuencia fundamental baja. La última porción de la frase se denomina tonema, Navarro Tomás describe varios tipos de tonemas:

1. Cadencia: es la más común. Es un descenso pronunciado.



2. Anticadencia: es un ascenso pronunciado.



3. Semicadencia: es un descenso breve



4. Semianticadencia: es un ascenso breve



5. Suspensión: el tonema queda al mismo nivel que el cuerpo



Esto tiene que ver con el ataque, cuerpo y la filatura.”

- Ritmo: “duración de los segmentos y las pausas”, desde lo musical: “variaciones que sufre la duración de la sonoridad y los silencios, y su periodicidad”  
“Ritmo silábico: en un intervalo determinado de tiempo aparece siempre la misma cantidad de sílabas.

Ritmo acentual: lo que marca el ritmo del habla en nuestra lengua es la aparición de los acentos a intervalos iguales de tiempo. O sea que en una unidad de tiempo lo que aparece a intervalos regulares es el acento y no la cantidad de sílabas.”

Al conceptualizar la voz en este trabajo, me pareció interesante partir de las definiciones que pude encontrar. Son las siguientes:

- “(del latín vox, vocis) Sonido que el aire expelido de los pulmones produce al salir de la laringe, haciendo que vibren las cuerda vocales. –Calidad, timbre o intensidad de este sonido. –Sonido que forman algunas cosas inanimadas, heridas del viento o hiriendo en él. –Grito, voz esforzada y levantada. –Palabra o vocablo. –Músico que canta. –Autoridad o fuerza que reciben las cosas por el



dicho u opinión. – Poder, facultad, derecho para hacer alguien, en su nombre, o en el de otro lo conveniente. –Parecer o dictamen que alguien da en una junta sobre un punto o elección de una persona, voto o sufragio. –Facultad de hablar, aunque no de votar, en una asamblea. –Opinión, fama, rumor. –Motivo o pretexto público. –precepto o mandato superior. –Gram. Accidente gramatical que expresa si el sujeto del verbo es agente o paciente. –Mús. Sonido particular o tono correspondiente a las notas y claves, en la voz de quien canta o en los instrumentos. –Mús. Cada una de la líneas melódicas que forman una composición polifónica. –germ. Consuelo.” (Definición actualizada de la Real Academia Española).

- “Sonido producido por los órganos de la fonación y emitidos por la boca.” (Diccionario de Medicina).

A continuación quisiera explicar aquello que yo entiendo por voz dado que las acepciones recientemente mencionadas no incluyen desde ningún punto la relación que une voz, cuerpo y emociones.

En el fenómeno vocal interactúan distintas funciones: musculares, respiratorias, fonatorias, resonanciales y neurológicas. Decimos por esto que el fenómeno vocal es multifuncional.

La voz es influenciada por el sistema endocrino y periférico.

Se la considera un fenómeno anatómico “porque la voz necesita de un órgano efector” y un fenómeno físico “porque se requiere la participación de las estructuras del Sistema nervioso central y periférico”.<sup>10</sup>

“Intervienen tres niveles: el cortical (representaciones corticales e intenciones expresivas), el diencefálico (interviene en la voz hablada, regula lo hormonal), el bulbar (regulador de las presiones y del tono muscular)”.<sup>11</sup>

A su vez la voz mantiene una relación directa con la audición. En el proceso de maduración del ser humano, primero será conformado el oído en su totalidad (oído externo, medio e interno) y luego poco a poco la voz irá tomando su lugar. “Nuestra voz produce lo que nuestro oído capta. Existe una asociación a nivel bulbar entre lo auditivo

<sup>10</sup> Filo-ontogenia vocal, Seminario foniátrico, Universidad del Salvador, 1993 (pág. 157)

<sup>11</sup> Ibidem, pág. 172

y lo laríngeo, efectuando dicha asociación una acción estimuladora sobre la tonicidad cordal”<sup>12</sup>. Pero no quisiera extenderme en este trabajo en la relación oído-voz.

“Las emociones y el estado psíquico en general repercuten sobre la voz, pudiendo determinar una alteración en la misma”. Las influencias psíquicas sobre la voz están reguladas por el diencéfalo y el sistema límbico. “La voz responde a estados emocionales...”<sup>13</sup> El manejo de la voz depende en gran medida de un buen esquema corporal general donde se reconozca la musculatura en sus estados de contracción, tensión, relajación. El esquema corporal es aquel conocimiento inconciente que tenemos sobre nuestro cuerpo, y va cambiando durante toda la vida de un individuo. “El esquema corporal vocal se refiere al conocimiento propioceptivo (de las sensaciones musculares profundas) que se percibe a distintos niveles corporales durante la emisión vocal, hecho que, unido a las sensaciones auditivas, permiten su control (proceso de feed-back o realimentación auditiva)”<sup>14</sup>. Los comportamientos posturales inconscientes “...interfieren en distintos niveles de la producción vocal: ya sea a nivel respiratorio, por falta de tonicidad abdominal, por ejemplo, o a nivel laríngeo, en que las tensiones y contracturas cervicales externas son tan intensas, que inciden en la libre producción vocal”<sup>15</sup>. Las conductas corporales pueden estar influenciadas por:

- “Herencia y factores congénitos...”
- “Traumas y enfermedades...”
- “Evolución biológica...”
- “Vida emocional: es admitido que la postura es uno de los lenguajes utilizados por la mente para expresar estados emocionales. La tendencia a utilizar la actividad muscular como descarga emocional, está presente en la etiología de muchos trastornos.

Es un hecho demostrado que el estado neurótico constituye una tensión psicósomática. De tal manera que lo que en el plano psicológico se traduce por inseguridad, angustia, etc., en el plano orgánico se traduce en la tensión muscular.

Las tensiones de variada y antigua data no siempre se eliminan por vía de la comprensión mental del problema que las causa. El hábito corporal es tan intenso que generalmente es necesario recurrir a la relajación en forma separada y como tratamiento

<sup>12</sup> Filo-ontogenia vocal, Seminario foniátrico, Universidad del Salvador, 1993 (pág. 172)

<sup>13</sup> Ibidem, pág. 173

<sup>14</sup> SEGRE, Renato; NAIDICH, Susana: Principio de foniatría para profesionales de canto y dicción Bs.As, Editorial médica panamericana S.A, 1981 (Pág. 51).

<sup>15</sup> Ibidem pág. 55





específicamente corporal para ir permitiendo la progresiva recuperación del sistema postural exento de tensiones que producen fatiga y angustia, como terreno predisponente a la neurosis.”

- “Factores culturales, ambientales y educacionales...”

- “Posturas ocupacionales viciosas...”<sup>16</sup>

Dumas señala que “los músculos de la voz obedecen a las mismas leyes que los demás músculos voluntarios del cuerpo y por ser los más livianos y los más delicados, son los primeros alcanzados por la ola emocional.

Señalamos que la intensidad de la voz depende de la amplitud de las vibraciones de las cuerdas vocales y, por consiguiente, de la fuerza con que la corriente de aires de la espiración viene a golpear los bordes de la glotis, es decir el orificio de la laringe, que las cuerdas vocales circunscriben. Así, bajo el influjo de una emoción tónica, como las formas excitadas de la alegría o de la cólera, la voz aumenta en intensidad, y disminuye oir influjo de una emoción deprimente, como las formas más frecuentes de la tristeza o del miedo. Las variaciones de volumen del tórax y de la fuerza en los músculos espiradores modifican la energía de la corriente de aires espiado y la intensidad vocal misma.

Sin embargo, agregamos, no es exacto que una fuerte corriente de aire al obrar sobre las cuerdas vocales que bordean la glotis, produzca en ellas vibraciones más amplias; esta corriente pone tensa siempre las cuerdas vocales, a las que vuelve convexas en el sentido de la altura y las estira. Entonces la velocidad de sus vibraciones aumenta de manera que les hace producir un sonido más alto. Hablar fuerte es hablar alto, y he ahí por qué es tan difícil tener acentos de intensidad vocal que no sean, en algún momento, acentos de altura (...) Señalamos que lo que da al timbre de la voz sus características más personales, es el modo según el cual los sonidos armónicos pueden ser reforzados en la parte superior de la laringe, mediante resonadores de resonancia variable, como son las cavidades y las láminas vibrantes que constituyen las fosas nasales, la boca, la faringe, los dientes, el velo del paladar, la lengua, al mandíbula inferior, etcétera. Ahora bien, las resonancias de esas cavidades y de esas láminas vibrantes pueden ser modificadas por la acción de los músculos que gobiernan su apertura o su tensión cuando las láminas no son óseas, al punto que la voz puede a veces

<sup>16</sup> SEGRE, Renato; NAIDICH, Susana: Principio de foniatría para profesionales de canto y dicción Bs.As, Editorial médica panamericana S.A, 1981 (Pág. 47, 53).

cambiar por la emoción, aun en los elementos más estables de su timbre, y siempre cambia en alguna de sus características.

La altura, que depende del número de vibraciones, es tanto mayor cuanto más tensas y más cortas con las cuerdas vocales –más contraídas, en una palabra. Según que el orificio glótico esté vibrante en toda su extensión, o sólo en la parte que está rodeada de cartílagos, nos encontramos con voces de pecho o con voces de cabeza (...) las variaciones del tono, que corresponden a las diversas formas de la emoción, se clasifican en distintos planos del registro de cabeza o del registro de pecho. Las notas del registro medio corresponden por su tono y por la debilidad de sus variaciones, a la conversación, a la lectura, a un relato, en los cuales la emoción no interviene en sus formas intensas. A la cuestión de las variaciones de altura producidas por los cambios de los tonos por las emociones se unen muy estrechamente las de los intervalos de tono debidas a las mismas influencias.

Por último, en acción de las emociones sobre la voz hay que señalar la aceleración del habla, muy marcada en las formas tónicas de la alegría y de la cólera; la disminución de la velocidad del habla, que caracteriza a las formas depresivas del dolor moral y del miedo...”<sup>17</sup>

“...Mediante los movimientos de la laringe, de la lengua, de los labios y del velo del paladar podemos modificar la forma y el volumen de las diferentes cavidades de nuestro aparato fonador y, en esta forma, la influencia resonadora que estas ejercen sobre el sonido complejo creado en la laringe...”<sup>18</sup>

Al intentar definir persona, existe un problema principal. Generalmente no se habla del concepto *persona* sino de *personalidad*, por lo cual pareciera ser inseparable un concepto del otro. Si bien podría extenderme en el tema de la personalidad, pienso que no sería pertinente en ésta investigación y que no ayudaría a definir el concepto *persona*. Tras mucho leer acerca de la *persona* y la *estructura de la personalidad*, puedo “separar” ambos conceptos y definirlos brevemente como:

- Persona: designa a un individuo humano concreto.
- Personalidad: es un término científico, un constructo formulado artificialmente y utilizado por la psicología con la intención de conocer la forma de actuar de las personas.

<sup>17</sup> LIBERMAN, David: *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, TOMO I, Bs. As. Ediciones Kargieman, 1983 (pág 409, 410)

## II. MARCO TEÓRICO

Para comenzar es importante definir musicoterapia porque es dentro de este campo donde se realiza la investigación.

Luego, considerando que dos de los grupos estudiados están compuestos por personas con un diagnóstico específico, es conveniente realizar una síntesis de las características de estas categorías psicopatológicas.

Por último se define cómo es la fisiología de la voz y, si bien este trabajo de investigación no es justamente aquí donde se centra, estimo necesario explicar a grandes rasgos aquello que se entiende por signo lingüístico (significado, significante) en el proceso de comunicación.

### II. I. MUSICOTERAPIA

“Es el uso de la música y/o de los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un Musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo de pacientes, para facilitar y promover la comunicación, la interrelación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el objetivo de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

La Musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o restablecer funciones del individuo para que éste pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida, a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.”<sup>19</sup>

### II. II. ESQUIZOFRENIA (DSM-IV)

La esquizofrenia es un tipo de trastorno psicótico. “Históricamente, el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas

---

<sup>18</sup> Ibidem. pág. 415

<sup>19</sup> Definición de Musicoterapia de la World Federation of Music Therapy – (Aprobada en el Congreso Mundial de Hamburgo, Alemania, 1996)

en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Al contrario que estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en anteriores clasificaciones era probablemente demasiado amplia y se centraba en la gravedad del deterioro funcional, de forma que un trastorno mental se denomina psicótico si ocasionaba un «deterioro que interfería en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida». Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad...”

“En la esquizofrenia (...) el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico.”

Dado que el trastorno psicótico sobre la cual se trabaja en este estudio es la esquizofrenia, sólo me concentraré en su definición, dejando de lado el resto de los trastornos psicóticos (trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, delirante, entre otros).

“La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas durante la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).” La esquizofrenia incluye distintos subtipos que serán detallados más adelante (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

“Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad

médica (Criterios D y E). En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes (Criterio F). Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. Los síntomas característicos (Criterio A) pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos (Criterios A1-A4) incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos (Criterio 5) comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). Las ideas delirantes (Criterio A1) son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno



están especialmente dirigidos a ella. La distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario. Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, la «rareza» puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Un ejemplo de una idea delirante extraña es la creencia de que un ser extraño ha robado los órganos internos y los ha reemplazado por los de otra persona sin dejar ninguna herida o cicatriz. Un ejemplo de una idea delirante no extraña es la falsa creencia de ser vigilado por la policía. Generalmente, se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo (p. ej., las incluidas entre la lista de «síntomas de primer rango» de Schneider); éstas incluyen la creencia de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza exterior («robo del pensamiento»), que pensamientos externos han sido introducidos en la propia mente («inserción del pensamiento») o que el cuerpo o los actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior («ideas delirantes de control»). Si las ideas delirantes son juzgadas como extrañas, sólo se necesita este único síntoma para satisfacer el Criterio A para la esquizofrenia. Las alucinaciones (Criterio A2) pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (p. ej., dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto) han sido considerados especialmente característicos de la esquizofrenia y fueron incluidos en la lista de síntomas de primer rango de Schneider. Si estos tipos de alucinaciones están presentes, son suficientes para satisfacer el Criterio A. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial; las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se consideran dentro del abanico de las experiencias normales. Las experiencias aisladas

de oírse llamado por el nombre o las experiencias que carecen de la cualidad de una percepción externa (p. ej., zumbidos en la cabeza) tampoco son consideradas como alucinaciones típicas de la esquizofrenia. Las alucinaciones también pueden ser una parte normal de las experiencias religiosas en ciertos contextos culturales. El pensamiento desorganizado («trastorno formal del pensamiento», «pérdida de las asociaciones») ha sido considerado por algunos autores (en particular Bleuler) como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del «trastorno del pensamiento» y puesto que en el contexto clínico las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto, en la definición de esquizofrenia utilizada en este manual se ha puesto énfasis en el concepto de lenguaje desorganizado (Criterio A3). El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro («descarrilamiento» o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas («tangencialidad»); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («incoherencia» o «ensalada de palabras»). Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o el lenguaje menos grave (v. Criterio C). El comportamiento gravemente desorganizado (Criterio A4) puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p. ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar). Hay que tener cuidado de no aplicar este criterio con demasiada amplitud. El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido o, en general, sin un propósito concreto y del comportamiento organizado